



طلب أدوية مزمنة

Insured's Name / اسم المؤمن له	Age/العمر
Group / اسم المجموعة	Contract/رقم العقد
Guarantor / شركة التأمين	Individual/الرقم الفردي
Starting Date / تاريخ بدء العقد	Expiry Date / تاريخ نهاية العقد
Mobile number / رقم الجوال	Phone number / رقم الهاتف

بموجب هذا التصريح أوكل توكيلاً لا رجوع عنه شركتي التأمين وغلوب مد سورية (مندوبون ووكلاء إداريون) بالحصول على معلومات العلاج المذكور أدناه بالإضافة إلى جميع المعلومات الصحية المتعلقة بي، متنازلاً بالتالي عن حقي بالسرية الطبية لصالح شركة الضمان والوكيل الإداري ومندوبي شركة غلوب مد سورية.

الاسم: _____
التاريخ: _____
الإمضاء: _____

To be completed by Treating Physician / تملئ من قبل الطبيب المعالج

Dr./اسم الطبيب	Specialty/الاختصاص
Address/العنوان	Tel No./رقم الهاتف

Diagnosis / التشخيص	Since When / تاريخ بدء المرض
.....
.....
.....

Treatment Plan / العلاج:

Name of Medicine / اسم الدواء	Allowed Generic Substitute / البديل الدوائي	Dose/ عيار / الدواء	Frequency/ الجرعة اليومية	Duration/مدة العلاج
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date / التاريخ: .../.../.....

Stamp & Signature of Treating Physician

إمضاء وختم الطبيب المعالج

Reserved to GlobeMed Syria / خاص بغلوب مد سورية

Approved by: _____ Dr:.....

Date:.../.../..... Signature:.....

Reserved To Guarantor's Relation Department / خاص بغلوب مد سورية

Administrative approval from Guarantor's Relation YES NO Excess

Comments:

Date: .../.../..... Name:..... Signature: